



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health  
Choice

## Política

<b>Departamento:</b> Servicios Médicos	<b>Fecha de entrada en vigor:</b> 01/01/2026
<b>Nombre de la política:</b> Política de transición de la Parte D	<b>Fecha de revisión:</b> 30/05/2025, 28/05/2024, 31/05/2023, 19/05/2022, 02/06/2021, 23/05/2020, 31/05/2019, 29/05/2018, 26/05/2017, 03/03/2017, 21/12/2016, 01/06/2016, 03/04/2015, 01/08/2014, 01/04/2014
<b>Número de la política:</b> M.5.048	
<b>Archivos adjuntos:</b> n/c	<b>Aprobado por:</b> Leslie Rodriguez, directora nacional de la farmacia Stephanie Sanders, gerente de operaciones clínicas de farmacia, programas gubernamentales
<b>Medicare</b> <input checked="" type="checkbox"/> AZ	

### DEFINICIONES

- Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** agencia federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esta agencia es responsable de supervisar las normas comerciales y de seguridad en las industrias alimentaria y farmacéutica.
- Año contractual:** el periodo durante el cual se aplica un paquete de beneficios de un plan en particular. También se lo conoce como "año del plan". En el caso del periodo de transición para los beneficiarios actuales entre años contractuales en planes no calendario, el término "año contractual" se refiere al año calendario durante el cual está vigente el nuevo formulario.
- Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** evaluación del uso recetado del medicamento en función de un conjunto de criterios predeterminados para determinar si el medicamento o la clase de medicamento estarán cubiertos por el plan de seguro del beneficiario.
- Aviso anual de cambios (ANOC, por sus siglas en inglés):** documento exigido por los CMS que debe enviarse anualmente a todos los beneficiarios actuales, de conformidad con las indicaciones de los CMS, y que describe los cambios en los beneficios existentes que se esperan para el próximo año contractual.

5. **Beneficiario:** persona inscrita en un plan de la Parte D de Medicare del gerente de beneficios farmacéuticos (PBM, por sus siglas en inglés) delegado del patrocinador, también conocido como afiliado o miembro.
6. **Biosimilares:** producto biológico presentado a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para su aprobación a través de la vía abreviada para productos biológicos creada por la Ley de Atención Médica Asequible. Estos productos deben demostrar que son muy similares a los productos de referencia (originarios). Es decir, que no existen diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en términos de seguridad, pureza y potencia. Los biosimilares tienen diferencias admisibles porque están hechos de organismos vivientes.
7. **CMS:** Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU.
8. **Código de aclaración de presentación (SCC, por sus siglas en inglés):** elemento de datos del NCPDP que indica que el farmacéutico está aclarando la presentación de la reclamación.
9. **Código de ubicación del paciente (PLC, por sus siglas en inglés):** valor del sistema heredado de adjudicación de RxClaim que se cruza con el tipo de servicio de farmacia y el código de residencia del paciente.
10. **Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés):** el Código Nacional de Medicamentos es un identificador numérico único de tres segmentos que se asigna a cada medicamento incluido en la sección 510 de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de los EE. UU.
11. **Comité P&T:** Comité de Farmacia y Terapéutica, que es un comité que, entre otras cosas, evalúa la evidencia disponible sobre la seguridad, eficacia y efectividad relativas de los medicamentos recetados dentro de una clase de medicamentos recetados y revisa las recomendaciones para el desarrollo de formularios. El comité se reúne al menos una vez por trimestre.
12. **Compuesto de múltiples ingredientes (MIC, por sus siglas en inglés):** se refiere a la lógica para la determinación del reembolso y la cobertura de una reclamación que consiste en múltiples ingredientes que se ensamblan y dispensan manualmente en una farmacia.
13. **Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP, por sus siglas en inglés):** grupo acreditado por el Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (ANSI, por sus siglas en inglés) que mantiene varios formatos estándar para su uso por parte de la industria farmacéutica minorista, algunos de los cuales han sido adoptados como estándares de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).
14. **Cuidados a largo plazo (LTC): los cuidados a largo plazo** se refieren a centros o instituciones, como residencias de convalecencia y centros de enfermería especializada, que prestan atención médica a personas que no pueden valerse por sí mismas en la comunidad. Estos cuidados pueden consistir en administración de la atención de custodia o crónica, o en servicios de rehabilitación a corto plazo.
15. **Cuidados que no son a largo plazo:** describe las instalaciones minoristas, de envío por correo y de infusión en el hogar.

16. **Cumplimiento de impresión:** unidad(es) de negocio delegada(s) del PBM que se encarga(n) del cumplimiento de impresión de algunas notificaciones a los beneficiarios, incluidas las notificaciones de surtido de transición a los beneficiarios y personas que dan las recetas.
17. **Identificador de productos genéricos (GPI, por sus siglas en inglés):** sistema de clasificación jerárquica de 14 caracteres creado por Medi-Span. Identifica los medicamentos disponibles con receta en los Estados Unidos a nivel de fabricante y de comprimido.
18. **Medicamentos no incluidos en el formulario:** esto significa: (a.) medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el formulario del patrocinador; (b.) los medicamentos de la Parte D previamente aprobados para su cobertura en virtud de una excepción una vez que dicha excepción expira y (c.) los medicamentos de la Parte D que figuran en el formulario del patrocinador, pero que requieren autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del beneficiario, en virtud de las normas de gestión de la utilización del patrocinador.
19. **Medicare Parte D (Parte D):** beneficio de medicamentos recetados de Medicare en virtud de la Parte D de la Ley del Seguro Social.
20. **MME:** miligramos equivalentes de morfina.
21. **PAMC:** código de autorización previa/certificación médica. Se trata de un campo del diseño estandarizado de adjudicación de farmacia para introducir un código de autorización proporcionado por el procesador.
22. **Patrocinador:** un patrocinador de la Parte D que se compromete por contrato con el PBM delegado para servicios de gestión de beneficios farmacéuticos, incluida la implementación de su proceso de transición. También conocido como el plan, el patrocinador del plan o el cliente. El patrocinador es BCBSAZ Health Choice Pathway.
23. **PBM delegado:** gerente de beneficios farmacéuticos del patrocinador.
24. **PCD:** medicamento de clase protegida.
25. **Periodo de TF:** el periodo de surtido de transición del beneficiario es el número de días especificado por el patrocinador (mínimo 90 días) durante el cual se aplican los beneficios de transición del beneficiario.
26. **Producto biológico intercambiable:** un producto biológico intercambiable es biosimilar a un producto de referencia aprobado por la FDA y cumple con normas adicionales de intercambiabilidad. Un farmacéutico puede sustituir el producto de referencia por un producto biológico intercambiable sin la intervención del proveedor de atención médica que recetó el producto de referencia.
27. **Punto de venta (POS, por sus siglas en inglés):** capacidad de las farmacias minoristas para acceder electrónicamente a la información sobre el diseño del plan y la elegibilidad para procesar y transmitir los datos de las reclamaciones de medicamentos en el momento de la compra.
28. **Residencia del paciente (PR, por sus siglas en inglés):** las farmacias recopilan y registran la residencia del paciente en el punto de venta en la reclamación.
29. **Revisión del uso de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés):** análisis del uso de medicamentos recetados con el fin de garantizar una terapia farmacológica clínicamente adecuada y la calidad de la atención al paciente; puede realizarse de forma simultánea (entre el momento en que se emite la receta y el inicio de la terapia), retrospectiva (después de dispensar la medicación) y prospectiva (antes de recetar los medicamentos para influir en los patrones de uso futuros).

30. **RxClaim:** sistema de tecnología de la información del PBM delegado que sirve para procesar y adjudicar reclamaciones de la Parte D; también conocido como "sistema", "plataforma" o "plataforma del sistema".
31. **Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés):** primas, deducibles o copagos subvencionados a los que pueden tener derecho los beneficiarios elegibles. También denominado ayuda adicional.
32. **Suministro mensual aplicable:** Los CMS exigen un suministro de transición como mínimo (a menos que los medicamentos recetados se expidan para menos días); el suministro se determina como el número de días presentados para el paquete de beneficios del plan (PBP, por sus siglas en inglés) correspondiente al mes que se envía a los CMS para el año del plan correspondiente. La aprobación de los CMS determina el suministro mensual aprobado para los beneficiarios tanto en entornos que no son de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) como en entornos de LTC. Se permiten múltiples surtidos hasta un suministro mensual total aprobado para acomodar surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.
33. **Surtido de transición - Medicare (TF):** suministro temporal de un medicamento cubierto por la Parte D según los requisitos de la Parte D de CMS.
34. **Tipo de servicio farmacéutico (PST, por sus siglas en inglés):** el tipo de servicio que presta una farmacia cuando existen diferentes condiciones contractuales entre el pagador y la farmacia, o cuando los beneficios se basan en el tipo de servicio prestado.

## POLÍTICA

1. El PBM delegado implementa y mantiene un proceso de transición adecuado, aprobado por los CMS y coherente con las normas y directrices de los CMS. El proceso del PBM delegado permite una transición significativa para los siguientes grupos de beneficiarios cuya terapia farmacológica actual puede no estar cubierta por el plan: (a.) nuevos beneficiarios inscritos en el plan tras el periodo de elección coordinado anual; (b.) nuevos beneficiarios de Medicare elegibles procedentes de otra cobertura; (c.) la transición de los beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio de un año contractual; (d.) los beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario a lo largo del año contractual; (e.) los beneficiarios que residen en centros de cuidados a largo plazo (LTC), incluidos los beneficiarios que ingresan o son dados de alta de un centro de LTC.
2. El patrocinador es responsable de enviar una copia de su proceso de política de transición a los CMS.
3. La política de transición se aplicará a los medicamentos que no figuran en el formulario, es decir: (a.) los medicamentos de la Parte D que no figuran en el formulario del patrocinador; (b.) los medicamentos de la Parte D previamente aprobados para su cobertura en virtud de una excepción, una vez que dicha excepción expire, y (c.) los medicamentos de la Parte D que figuran en el formulario del patrocinador, pero que requieren autorización previa o terapia escalonada o límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del beneficiario en virtud de las normas de gestión de la utilización del patrocinador. El proceso de transición permite la revisión médica de las solicitudes de medicamentos no incluidos en el formulario y, cuando corresponda, un proceso para cambiar a los nuevos beneficiarios del patrocinador de la Parte D a alternativas terapéuticamente apropiadas del formulario, si no se determina una necesidad médica afirmativa. El PBM delegado manejará los biosimilares como productos de marca/genéricos no intercambiables para sus programas y procesos que impliquen el surtido de transición y aplicará el reparto de costos apropiado de acuerdo con las directrices de los CMS. Para los patrocinadores que delegan la gestión del formulario al PBM delegado, el comité P&T del PBM delegado revisa los procedimientos para la determinación de la cobertura y las excepciones y, si procede, un proceso para cambiar a los nuevos beneficiarios a alternativas terapéuticamente adecuadas del formulario si no se determina la necesidad médica afirmativa. Para 2026, el patrocinador delega la gestión del formulario al PBM delegado.
4. El PBM delegado contará con sistemas que le permitirán suministrar temporalmente medicamentos de la Parte D que no figuran en el formulario, con el fin de satisfacer las necesidades inmediatas del beneficiario, así como para dar tiempo suficiente al patrocinador o al beneficiario para que, junto con la persona que da las recetas, realicen el cambio adecuado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completen una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica. El procesamiento y la codificación del surtido de transición (TF) del PBM delegado aplica mensajes en el punto de venta (POS) a las farmacias.

5. El proceso de transición del PBM delegado se aplicará en entornos que no sean de LTC, de modo que la política de transición prevea un surtido temporal único de al menos el suministro mensual aplicable de medicación (a menos que el beneficiario presente una receta por un suministro inferior a un mes, en cuyo caso el patrocinador deberá permitir múltiples surtidos hasta alcanzar el suministro mensual aplicable al mes de medicación) en cualquier momento durante los primeros 90 días de inscripción del beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del beneficiario. Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores en función del diseño de los beneficios del patrocinador y estarán limitados por la cantidad recetada. Para 2026, la configuración del plan del patrocinador permite un suministro mensual de al menos 30 días (o el suministro mensual aplicable según la oferta del plan) dentro del periodo de 90 días del TF.
6. El PBM delegado aplicará el nivel de reparto de costos del patrocinador para el suministro temporal de medicamentos proporcionados en el marco de su proceso de transición, de modo que no se superen los importes máximos legales de copago para los beneficiarios con derecho a subsidio por bajos ingresos (LIS). Para los beneficiarios que no son elegibles para el LIS:
  - a. El suministro de transición de medicamentos de la Parte D que no figuran en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría a los medicamentos que no figuran en el formulario aprobados mediante una excepción al formulario.
  - b. El suministro de transición del formulario recibirá el mismo costo compartido para un medicamento del formulario sujeto a modificaciones de gestión de la utilización proporcionadas durante la transición que se aplicaría si se cumplieran los criterios de gestión de la utilización.
7. El proceso de transición del PBM delegado en el entorno de LTC incluirá los siguientes atributos: (a.) la política de transición proporcionará un surtido temporal único de al menos el suministro mensual aplicable (a menos que el beneficiario presente una receta por un importe inferior) de acuerdo con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de LTC, con múltiples surtidos permitidos para proporcionar hasta un suministro mensual total de medicamentos si es necesario durante los primeros 90 días de inscripción del beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del beneficiario; (b.) una vez que haya expirado el periodo de transición o se haya agotado el suministro diario, la política de transición proporcionará al menos un suministro de emergencia de 31 días de medicamentos de la Parte D que no figuran en el formulario (a menos que el beneficiario presente una receta por un suministro inferior a 31 días) mientras se resuelva una excepción o una autorización previa; y (c.) para los beneficiarios que ingresen o sean dados de alta de un centro de cuidados a largo plazo, no se utilizarán revisiones de resurtido anticipado para limitar el acceso adecuado y necesario a sus beneficios de la Parte D, y dichos beneficiarios podrán acceder a un resurtido al momento del ingreso o del alta. Para 2026, el plan establecido por el patrocinador permite un suministro mensual de 31 días dentro del periodo de TF de 90 días para residentes de LTC y para nuevos pacientes/cambios en el nivel de atención. El suministro de emergencia de LTC permite un suministro de 31 días; el suministro de emergencia de LTC se permite por periodos de 30 días consecutivos.

8. El PBM delegado solo aplicará las siguientes modificaciones de gestión de la utilización durante la transición en el POS: modificaciones para determinar la cobertura de la Parte A o la Parte B frente a la Parte D, modificaciones para evitar la cobertura de medicamentos que no pertenecen a la Parte D y modificaciones para promover la utilización segura de un medicamento de la Parte D. Las modificaciones de terapia escalonada y autorización previa se codificarán para que se resuelvan en el POS.
9. El proceso de transición del PBM delegado permitirá resurtir las recetas de transición dispensadas por un importe inferior al indicado debido a modificaciones de seguridad en la cantidad límite o modificaciones en el uso de medicamentos basadas en el etiquetado aprobado del producto.
10. El PBM delegado aplicará sus procesos de transición a una receta nueva para un medicamento no incluido en el formulario si no puede distinguir entre una receta nueva para un medicamento no incluido en el formulario y una receta vigente para un medicamento no incluido en el formulario en el POS.
11. Para 2026, el patrocinador utilizará un PBM delegado para cumplir con los avisos de transición. El PBM delegado enviará una notificación por escrito, de conformidad con los requisitos de transición de los CMS, al beneficiario en un plazo de tres (3) días hábiles tras la adjudicación de un surtido temporal de transición. El aviso incluirá (a.) una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que recibió el beneficiario; (b.) instrucciones para trabajar con el patrocinador del plan y la persona que le da sus recetas al beneficiario para cumplir con los requisitos de gestión de la utilización o para identificar alternativas terapéuticas adecuadas que se encuentran en el formulario del patrocinador; (c.) una explicación del derecho del beneficiario a solicitar una excepción al formulario; y (d.) una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción al formulario. En el caso de los residentes de LTC a los que se les dispensan múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, el aviso por escrito se proporcionará en un plazo de 3 días hábiles tras la adjudicación del primer surtido temporal. El PBM delegado utilizará el aviso de transición proporcionado por el patrocinador. El PBM delegado hará todo lo posible por notificar el TF a las personas que dan las recetas para facilitar la transición de los beneficiarios. Para los patrocinadores que no utilicen el PBM delegado para cumplir con los avisos de transición, se proporciona al patrocinador un archivo de extracto diario que contiene las transacciones pagadas por el TF de la Parte D que requieren un aviso de transición. Para 2026, el patrocinador utilizará un PBM delegado para cumplir con los avisos de transición.
12. Para 2026, el patrocinador es responsable de las determinaciones de cobertura. El patrocinador pondrá a disposición de los beneficiarios y de los médicos que dan las recetas los formularios de autorización previa o solicitud de excepción que se soliciten, por correo postal, fax, correo electrónico y a través de los sitios web de los planes del patrocinador.
13. El PBM delegado ampliará su política de transición a lo largo de los años contractuales en caso de que un beneficiario se inscriba en un plan con fecha de inscripción efectiva el 1.º de noviembre o el 1.º de diciembre y necesite acceder a un suministro de transición.
14. Los patrocinadores son responsables de poner a disposición de los beneficiarios la información general sobre el proceso de transición a través del enlace "Medicare

Prescription Drug Plan Finder" (Buscador de planes de medicamentos recetados de Medicare) en el sitio web del patrocinador, así como en el formulario del beneficiario y en los materiales previos y posteriores a la inscripción.

15. El PBM delegado proporcionará un proceso para que los beneficiarios reciban los medicamentos necesarios de la Parte D mediante una ampliación del periodo de transición, caso por caso, en la medida en que sus solicitudes de excepción o apelaciones no hayan sido tramitadas al final del periodo mínimo de transición y hasta que se haya realizado la transición (ya sea mediante el cambio a un medicamento del formulario adecuado o una decisión sobre una solicitud de excepción). Para 2021, el patrocinador permitirá 30 días de suministro para la extensión de la transición.
16. El PBM delegado implementará el proceso de transición para renovar a los beneficiarios cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario durante el próximo año contractual. El PBM delegado ofrecerá a los patrocinadores procesos de transición para fomentar una transición antes del comienzo del año contractual. El plan del patrocinador establecido para la revisión del historial de los beneficiarios que renuevan está en un nivel de GPI 10 con una retrospectiva de 180 días.
17. El PBM delegado mantendrá la capacidad de respaldar los informes rutinarios y exigidos por los CMS, así como la capacidad de responder a solicitudes ad hoc de: (a.) informes de reclamaciones denegadas; y (b.) informes de reclamaciones TF pagadas para beneficiarios nuevos y renovados. También mantendrá la capacidad de respaldar el procesamiento de reclamaciones del TF de prueba en respuesta a solicitudes ad hoc y revisará y auditará periódicamente los datos del programa del TF y las operaciones del sistema para supervisar el cumplimiento de los requisitos del surtido de transición de la Parte D.



## **PROCEDIMIENTOS**

1. El PBM delegado implementa el programa del TF del patrocinador de acuerdo con el diseño de beneficios solicitado por el patrocinador.
  - a. Los suministros de transición se proporcionan en el POS a los beneficiarios elegibles, los cuales se codifican de la siguiente manera:
    - i. Nuevos beneficiarios en el plan después del periodo de elección coordinado anual.
    - ii. Beneficiarios de Medicare recién elegibles procedentes de otra cobertura.
    - iii. Beneficiarios que se cambian desde otro plan de la Parte D después del inicio de un año contractual.
    - iv. Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario (incluidos los nuevos requisitos de gestión de la utilización).
    - v. Beneficiarios que residen en centros de LTC.
  - b. Los límites de suministro de transición se definen como los días acumulados de suministro calculados según el identificador genérico de producto (GPI) 14 y no se basan en el número de surtidos.
  - c. Las reclamaciones elegibles para la transición presentadas para los beneficiarios de LICS III se procesan de acuerdo con el nivel LICS del beneficiario y los códigos presentados por la farmacia para determinar si la reclamación recibida se procesará como no LTC, LICS III o LTC.
2. El PBM delegado mantendrá un procedimiento y una política del TF de Med D y, de ser necesario, revisará el documento al menos una vez al año y como sea necesario cuando ocurran cambios de procesamiento.
3. Medicamentos no incluidos en el formulario
  - a. Los procedimientos para aplicar la política de transición a los medicamentos no incluidos en el formulario consisten en obtener el formulario aprobado por el Comité de P&T del patrocinador y las modificaciones de gestión de utilización (UM, por sus siglas en inglés), e introducir el código en el sistema de adjudicación para identificar la reclamación elegible para el TF en el POS, de modo que pueda pagarse.
  - b. Los CMS publicaron una guía en la que indicaban que no esperan que los patrocinadores de la Parte D incluyan excepciones al formulario que expiran en sus políticas de transición. Por lo tanto, el PBM delegado no aplicará su política de transición a las excepciones al formulario que expiran, a menos y hasta que los CMS publiquen una guía que exija lo contrario.
  - c. Los procedimientos para la revisión médica y la identificación de alternativas del formulario son los siguientes:
    - i. Los procesos y procedimientos de determinación de cobertura y revisión médica del patrocinador garantizan que los beneficiarios tengan acceso a los procesos de revisión médica de las solicitudes de medicamentos no incluidos en el formulario.
    - ii. La información relativa a las alternativas terapéuticamente adecuadas del formulario se pone a disposición de los beneficiarios y las personas que dan las recetas que no hayan obtenido una determinación afirmativa de necesidad médica.
    - iii. Los beneficiarios que se pongan en contacto con atención al cliente y las farmacias que se pongan en contacto con el servicio de asistencia farmacéutica recibirán información sobre las alternativas disponibles en el formulario cuando lo soliciten o sean adecuadas para la atención de los beneficiarios.

- iv. En algunos casos, la revisión de los procedimientos para las determinaciones de cobertura y las excepciones puede dar lugar a la necesidad de un proceso de transición de un beneficiario a una alternativa terapéuticamente adecuada del formulario.
4. El procesamiento de surtido de transición en el POS está disponible y existen procedimientos para las prórrogas y anulaciones de transición, si fuera necesario, a través del servicio de asistencia farmacéutica y de atención al cliente. Los mensajes de surtido de transición en el POS a las farmacias se aplican de la siguiente manera:
- a. El sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles para el surtido de transición y transmite mensajes al POS indicando que las reclamaciones se pagan según las normas de surtido de transición.
  - b. Los mensajes de surtido de transición a las farmacias son coherentes con las normas actuales de reclamaciones de telecomunicaciones del Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP) (en el momento de esta publicación, la norma actual es la D.0 y en lo sucesivo se denominará "Normas actuales de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP"). Las farmacias no están obligadas a presentar ni volver a presentar un código de autorización previa/certificación médica (PAMC) u otro código específico de surtido de transición para que se paguen las reclamaciones elegibles para el surtido de transición.
  - c. El procesamiento del surtido de transición se aplica tanto a las recetas nuevas como a las en curso en el POS y a través del servicio de asistencia farmacéutica para los beneficiarios que se incorporan al plan.
  - d. La comunicación y la divulgación educativa a las farmacias de la red se lleva a cabo durante todo el año para proporcionar información e instrucciones sobre las políticas de surtido de transición y el procesamiento de reclamaciones. Al menos una vez al año, y con mayor frecuencia si es necesario, se distribuyen comunicaciones sobre el surtido de transición a las farmacias a través del departamento de la red de farmacias.
5. Surtido de transición para beneficiarios nuevos o renovados en entornos que no sean de LTC
- a. En entornos que no sean de LTC, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles para el surtido de transición y transmite mensajes del POS indicando que las reclamaciones se pagan según las normas de surtido de transición hasta un suministro mensual acumulativo aplicable.
  - b. Las farmacias no están obligadas a presentar ni volver a presentar un PAMC u otro código específico para el surtido de transición en el caso de las reclamaciones elegibles para el surtido de transición para su adjudicación y pago.
  - c. Los surtidos de transición están disponibles en el POS a través de esta funcionalidad durante los primeros 90 días de inscripción, a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción.
  - d. Los beneficiarios nuevos y renovados en un entorno que no sea de LTC pueden tener mayores límites de cantidad y tiempo según el diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad recetada.
  - e. Cambio en el nivel de atención que no sea de LTC  
Para los residentes que no sean de LTC, no se utilizará una modificación de resurtido anticipado para limitar el acceso apropiado y necesario a un surtido de transición. Se

puede proporcionar automáticamente un surtido de transición en el POS, si el proceso de adjudicación indica un cambio en el nivel de atención de LTC a no LTC con una modificación de resurtido anticipado. De lo contrario, la farmacia llamará al PBM delegado del servicio de asistencia farmacéutica para obtener una autorización especial para enviar una solicitud de surtido de transición del nivel de atención.

6. El PBM delegado establecerá el costo compartido según el diseño del plan del patrocinador.
  - a. El costo compartido de los medicamentos suministrados como surtido de transición está establecido por ley para los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos (LIS).
  - b. Para los beneficiarios que no reciben LIS:
    - i. El suministro de transición no incluido en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se aplicara una excepción no incluida en el formulario.
    - ii. El suministro de transición para medicamentos incluidos en el formulario con una modificación de gestión de utilización recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de gestión de utilización.
7. Procesamiento de cuidados a largo plazo

Para los surtidos de transición de LTC, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones de LTC elegibles para el surtido de transición y transmite mensajes del POS indicando que se pagan en virtud del surtido de transición. Los surtidos de transición de LTC tienen permitido un suministro acumulativo mensual aplicable, excepto en el caso de los medicamentos sólidos orales de marca, que están limitados a surtidos de 14 días, con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un código de aclaración de presentación (SCC, por sus siglas en inglés) de 21-36. Los códigos SCC 21-36 indican la dispensación de LTC de suministro diario variable. Se permiten múltiples surtidos para proporcionar hasta un total del suministro mensual aplicable de medicamentos, de acuerdo con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de LTC. Estos límites de cantidad y tiempo pueden ser mayores en función del diseño del beneficio. Las farmacias no están obligadas a presentar o volver a presentar un PAMC u otro código específico del surtido de transición para que se adjudiquen y paguen las reclamaciones elegibles del surtido de transición.

- a. Suministros de emergencia (ES, por sus siglas en inglés) de surtidos de transición de LTC
  - i. Para permitir los surtidos de emergencia para los residentes de LTC después de que se haya agotado o superado el suministro del TF nuevo o renovado, o haya expirado el periodo del TF, y mientras se espera una excepción o autorización previa, la farmacia presenta un SCC en las reclamaciones de los POS. Los surtidos de transición de emergencia se permiten hasta un suministro acumulado de 31 días, excepto en el caso de los medicamentos sólidos orales de marca, que están limitados a 14 días, con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21-36. De lo contrario, estas reclamaciones de medicamentos se rechazarían por no estar incluidas en el formulario o por estar incluidas en el formulario con autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidad o modificaciones de edad secundarias a que los beneficiarios hayan agotado o excedido el suministro del TF nuevo o renovado o estén fuera del periodo de TF.

- ii. Se permite el ES de LTC por día calendario, por beneficiario, por medicamento, por farmacia, por plan, por el suministro diario acumulativo durante un mes consecutivo, en función del diseño de beneficios.
  - iii. Estos límites cuantitativos del plan pueden ser mayores en función del diseño de los beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
- b. Cambios en el nivel de atención de LTC
- i. Para los residentes de LTC, la farmacia envía un SCC para permitir los surtidos de transición y anular los rechazos elegibles para surtidos de transición, los rechazos por resurtido demasiado pronto y ciertos rechazos de la DUR para nuevas admisiones. Los surtidos de transición del nivel de atención se permiten hasta el suministro mensual aplicable, excepto en el caso de los medicamentos sólidos orales de marca, que se limitan a surtidos de 14 días, con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36. De lo contrario, estas reclamaciones de medicamentos se rechazarían por no estar incluidas en el formulario o por tener modificaciones de gestión de la utilización.
  - ii. Los surtidos de transición del nivel de atención se permiten por día natural, por beneficiario, por medicamento, por farmacia y por plan para un suministro diario acumulativo dentro del beneficio de LOC de LTC.
  - iii. Para todos los beneficiarios que experimenten un cambio en el nivel de atención, si un cambio de dosis resulta en un "resurtido anticipado", en un rechazo por resurtido demasiado pronto y en ciertos rechazos de la DUR, la farmacia puede llamar al servicio de asistencia farmacéutica para obtener una anulación.
  - iv. Los límites del plan de cantidad pueden ser mayores en función del diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad recetada.
8. Modificaciones de gestión de la utilización no elegibles para TF y procesamiento de terapia escalonada y autorización previa elegibles para TF
- a. El PBM delegado codifica las siguientes modificaciones de gestión de la utilización en medicamentos, de modo que no se apliquen las anulaciones de surtido de transición:
    - i. Medicamentos que requieren una determinación de cobertura de la Parte A o la Parte B frente a la Parte D, tal y como se identifica en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
    - ii. Medicamentos excluidos de los beneficios de la Parte D, tal y como se identifican en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
    - iii. Modificaciones para respaldar la determinación del estado de los medicamentos de la Parte D.
    - iv. Las modificaciones de seguridad de la DUR, como la duplicación terapéutica, el acetaminofén acumulativo, el equivalente en miligramos de morfina (MME), la interacción entre medicamentos y las alertas por edad, se configuran para que sean rechazadas.

Las modificaciones de la terapia escalonada elegible para TF, la autorización previa y los límites de cantidad no relacionados con la seguridad se resuelven en el POS.
9. Suministro diario acumulativo
- a. Los resurtidos de transición para suministros dispensados en cantidades inferiores a las recetadas, o inferiores al suministro diario disponible según las normas de transición,

- permiten múltiples surtidos hasta alcanzar, como mínimo, el suministro mensual aplicable.
- b. Para las modificaciones de la DUR que se basan en la dosis diaria máxima recomendada por la FDA, las reclamaciones de surtido de transición que se dispensan en cantidades inferiores a las recetadas debido a esta modificación pueden resurtirse durante el periodo de TF.
  - c. El suministro diario acumulativo del TF del PBM delegado se acumula en el nivel GPI 14 del medicamento y en el tipo de modificación único por beneficiario y en todo el plan (o códigos del plan). El surtido de transición tendrá en cuenta cada tipo único de modificación no incluida en el formulario o de gestión de la utilización y permitirá el TF para cada tipo de modificación único elegible para el surtido de transición que se encuentre en un GPI 14 individual. Los beneficios de suministro de emergencia de LTC y de cambio de nivel de atención de LTC/paciente nuevo se acumulan por separado.
  - d. Estos límites cuantitativos del plan pueden ser mayores en función del diseño de los beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
10. El proceso de transición del PBM delegado está codificado de tal manera que, si no se puede distinguir entre una receta nueva para un medicamento que no figura en el formulario y una receta en curso para un medicamento que no figura en el formulario en el POS, se aplicará el proceso de transición del PBM delegado a la receta como si se tratara de un tratamiento farmacológico en curso. Esto se denomina proceso de nuevo beneficiario.
11. Avisos de transición
- a. Para los patrocinadores que utilizan un PBM delegado para cumplir con los avisos de transición, se envía un aviso de transición por escrito al beneficiario en un plazo de tres (3) días hábiles tras la adjudicación de un surtido temporal.
  - b. Para el TF de LTC para medicamentos sólidos orales de marca limitados a un suministro de 14 días, solo se enviará un aviso de TF después del *primer* surtido temporal.
  - c. El aviso identifica lo siguiente:
    - i. La explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición proporcionado al beneficiario.
    - ii. Las instrucciones para trabajar con el PBM delegado y la persona que da las recetas para satisfacer los requisitos de gestión de la utilización o para identificar las alternativas del formulario adecuadas o equivalentes en términos terapéuticos.
    - iii. Una explicación del derecho del beneficiario a solicitar una excepción al formulario.
    - iv. Una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción al formulario.
  - d. Para 2026, el patrocinador utilizará el PBM delegado para cumplir con los avisos de transición. Los avisos de transición a la persona que da las recetas son proporcionados por el PBM delegado cuando se produce un aviso de surtido de transición del beneficiario. El contenido de este aviso se basa en el contenido del aviso de surtido de transición del beneficiario o en el modelo de aviso de los CMS, si se proporciona. Se hacen esfuerzos razonables para entregar el aviso a la persona que da las recetas.

12. Disponibilidad de formularios de autorización previa y solicitud de excepción
  - a. El patrocinador garantiza que los formularios de autorización previa y solicitud de excepción estén disponibles a petición del beneficiario o de la persona que le da sus recetas a través de diversos medios, incluyendo correo electrónico, correo postal, fax y el sitio web del plan.
13. El proceso de transición del PBM delegado para los nuevos beneficiarios está codificado para aplicarse a lo largo de los años contractuales a los beneficiarios con una fecha de inscripción efectiva al final del año del plan y que necesitan acceso a un suministro de transición por un cambio negativo en el formulario. Estos beneficiarios son elegibles para un TF por un cambio negativo en el formulario desde la fecha en que se inscriben en el año contractual actual hasta el periodo de TF, que comienza el 1.º de enero del siguiente año del plan.
14. [Se dejó en blanco intencionadamente para mantener una numeración uniforme entre las secciones].
15. Extensiones de transición

Según cada caso particular, el plan proporcionará una extensión del periodo de transición para adaptarse a los beneficiarios que continúan esperando la resolución de una autorización previa pendiente o una solicitud de excepción. Las extensiones están disponibles a través de servicios para miembros y del departamento de farmacia del plan y según el diseño del plan.
16. De acuerdo con el surtido de transición proporcionado a los nuevos beneficiarios, el PBM delegado proporciona surtidos de transición a los beneficiarios que renuevan durante el periodo de TF del año contractual con un historial de utilización de medicamentos afectados cuando dichos beneficiarios no hayan sido transferidos a un medicamento terapéuticamente equivalente del formulario; o para los cuales no se hayan procesado excepciones al formulario/autorizaciones previas antes del nuevo año contractual. Esto se aplica en el POS a todos los beneficiarios que renuevan, incluidos los que residen en centros LTC.
  - a. Los surtidos de transición para beneficiarios que renuevan están disponibles para todos los beneficiarios durante el periodo de TF que se vean afectados por un cambio negativo en el formulario. Los beneficiarios que renuevan deben tener un historial de uso del medicamento para el que se solicita la cobertura.
  - b. Para estos beneficiarios, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles para el surtido de transición y transmite mensajes del POS indicando que se pagan según las normas de surtido de transición.
  - c. Se dispone de suministros de transición adicionales, según cada caso, a través del servicio de asistencia farmacéutica, para garantizar una transición adecuada. Las farmacias no están obligadas a presentar o volver a presentar un PAMC u otro código específico del surtido de transición para que se adjudiquen y paguen las reclamaciones elegibles del surtido de transición.
  - d. Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores en función del diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad recetada.
17. Informes y supervisión del programa de surtido de transición
  - a. Los procesos de surtido de transición se supervisan tanto entre las distintas áreas del programa como dentro de cada una de ellas que tiene responsabilidad sobre los

procesos de TF. La supervisión del programa de TF es tanto cuantitativa como cualitativa.

- b. Los datos de adjudicación de reclamaciones de transición se utilizan para elaborar informes estándar de reclamaciones de TF pagadas y rechazadas para la supervisión cuantitativa del programa. La supervisión del rendimiento del programa incluye la presentación de informes y la supervisión de todos los tipos de TF: TF de beneficiarios nuevos y renovados; y TF por cambio de nivel de atención y suministro de emergencia de LTC.
- c. Apoyo y respuesta a auditorías y otras solicitudes de datos
  - i. Las solicitudes de auditoría de datos de surtido de transición de los CMS u otras entidades pertinentes se responden dentro del plazo designado en la solicitud; o tan pronto como sea razonablemente posible, lo que sea más apropiado según el solicitante.
  - ii. Las solicitudes que no son urgentes de datos de surtido de transición se responden en un plazo de diez días hábiles. Se encuentran disponibles otros tiempos de respuesta, caso por caso, según sea necesario.

Esta política se revisará anualmente.

## DECLARACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN

A continuación se presenta un resumen de cómo se procesan las reclamaciones elegibles según las normas del sistema de adjudicación de TF en el punto de venta (POS) y la presentación manual para permitir la anulación de las modificaciones del sistema que, de otro modo, darían lugar al rechazo de las reclamaciones. El objetivo de estas normas del sistema de adjudicación de TF es garantizar que las farmacias puedan resolver y anular las modificaciones elegibles para TF en el POS con el fin de garantizar el acceso de los beneficiarios a los medicamentos según los requisitos y las directrices de la Parte D.

1. El sistema de adjudicación de TF garantiza lo siguiente:
  - a. Las reclamaciones elegibles para TF por medicamentos recetados nuevos y en curso se adjudican automáticamente tras su presentación en el POS para:
    - i. Nuevos beneficiarios en el plan después del periodo de elección coordinado anual.
    - ii. Beneficiarios de Medicare recién elegibles procedentes de otra cobertura.
    - iii. Beneficiarios que se cambian desde otro plan de la Parte D después del inicio de un año contractual.
    - iv. Los beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario (incluidos los nuevos requisitos de gestión de la utilización) de un año contractual al siguiente.
    - v. Beneficiarios que residen en centros de LTC.
  - b. El procesamiento del surtido de transición también está disponible mediante anulaciones manuales a través del servicio de asistencia farmacéutica.
  - c. El plazo de TF y la comprobación de elegibilidad se aplican a la reclamación. La fecha de inicio de la elegibilidad para el TF del beneficiario la proporciona el patrocinador y se basa en el diseño del plan. La lógica del TF no se invoca si una reclamación supera el plazo de TF o los parámetros de suministro diario acumulativo basados en la elegibilidad del beneficiario.
  - d. El procesamiento de TF permite suministros de transición de diferentes concentraciones de medicamentos.  
Los beneficios de TF (incluido el suministro diario acumulativo) se establecen en función del identificador genérico del producto farmacéutico (GPI) 14 para permitir el procesamiento de TF de diferentes concentraciones de un medicamento según las normas del sistema TF. Esto garantiza que un beneficiario que toma un medicamento con una concentración pueda recibir el TF para el mismo medicamento/concentración diferente si presenta una nueva receta dentro del periodo de tiempo elegible para el TF.
  - e. Para los beneficiarios que se incorporan al plan por primera vez, los beneficiarios que renuevan durante el periodo de TF y para los cambios en el nivel de atención de LTC y los suministros de emergencia, se permite el TF para el aumento de la dosis, según corresponda, mediante una anulación manual a través del PBM delegado del servicio de asistencia farmacéutica.
  - f. Solo se permiten los medicamentos Med D para el TF.  
Los medicamentos que no son Med D quedan excluidos del procesamiento de TF. Los medicamentos que no pertenecen a Med D se identifican con una "N" en el campo "Med D" de la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Esto permite que la lógica de TF del sistema los excluya del procesamiento de surtido de transición cuando



las farmacias presentan reclamaciones por estos medicamentos. Los medicamentos que están cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare y, por lo tanto, son potencialmente elegibles para el TF, se identifican con una "Y" en el campo "Med D" de la base de datos de medicamentos del PBM delegado.

g. Compuestos de múltiples ingredientes procesados para el TF.

El procesamiento del TF para los medicamentos compuestos de múltiples ingredientes (MIC) se basa en el estado del formulario de la reclamación. Dependiendo de la configuración del diseño del beneficio del MIC seleccionado, el estado del formulario de la reclamación de MIC puede basarse en el estado del formulario del ingrediente más caro de la política de transición de la Parte D presentado o en el estado del formulario de toda la reclamación (si todos los MIC se consideran del formulario, o todos fuera del formulario, o solo los MIC tópicos se consideran fuera del formulario y los MIC no tópicos se basan en el ingrediente más caro presentado). Los medicamentos no incluidos en el formulario se procesarán según las normas de TF del MIC. Las modificaciones escalonadas, de QvT, de dosis diaria y de edad pueden omitirse para los medicamentos del MIC y las reclamaciones pagadas fuera de TF en función de la configuración del diseño del beneficio. En el caso de los MIC que son medicamentos no incluidos en el formulario y que, por lo general, solo están cubiertos de conformidad con una solicitud de excepción aprobada, a los medicamentos MIC procesados para TF se les asigna el costo compartido aplicable al nivel de excepción (es decir, el costo compartido aplicable a los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados de conformidad con una solicitud de excepción). El suministro de transición del MIC para los medicamentos incluidos en el formulario con una modificación de UM recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de UM.

Paso 1: La adjudicación del MIC determina el tipo de compuesto; determina si el MIC es un medicamento de la Parte A, de la Parte B o de la Parte D. Si se determina que el MIC es un medicamento elegible para la Parte D (sin ingredientes de la Parte A o de la Parte B y con al menos un ingrediente de la Parte D), continúe con el paso 2.

Paso 2: La adjudicación determina el estado del formulario de la reclamación del MIC de la Parte D en función del diseño de los beneficios; la configuración de los beneficios determina si se encuentra en el formulario o fuera de él.

- i. Si el plan designó todos los compuestos o solo los compuestos tópicos como fuera del formulario, entonces toda la reclamación se considera fuera del formulario y se aplicará el TF.
- ii. Si el plan basa el estado del formulario en el ingrediente más caro de la Parte D:
  1. Si el ingrediente más caro es un medicamento incluido en el formulario, entonces todos los ingredientes de la Parte D en el MIC se pagan a las tarifas contratadas.
  2. Si el ingrediente más caro no está incluido en el formulario y es elegible para TF, entonces todos los ingredientes de la Parte D en el MIC se pagan como TF. La carta TF se refiere a esta receta como una receta "compuesta".
  3. Si el ingrediente más caro no es elegible para TF, todo el MIC lo rechazará/no lo pagará como TF.

Para 2026, el patrocinador procesará las reclamaciones de MIC con compuestos tópicos designados como "No incluidos en el formulario". Se omitirán las siguientes modificaciones para las reclamaciones de MIC: escalonadas, de QvT, de dosis diaria y de edad.

2. Esta política y procedimiento se actualizan al menos una vez al año, antes del plazo de certificación del TF de los CMS, con los cambios de proceso previstos para el año siguiente. La política también se actualiza según sea necesario para incluir cambios adicionales.
3. Las reclamaciones por medicamentos que no figuran en el formulario son elegibles para el procesamiento de TF.
  - a. Lanzamiento de medicamentos genéricos
    - i. Medicamento de marca que se mantiene en el formulario cuando se presenta el genérico: en caso de que se presente un nuevo medicamento genérico, el patrocinador puede optar por mantener la marca en el formulario y no añadir el genérico al mismo. Un beneficiario con el medicamento de marca equivalente en el historial no será elegible para un surtido de transición del genérico con la misma formulación. Se enviará un mensaje a la farmacia para que dispense la marca. La marca estaría disponible sin necesidad de un TF. Si un beneficiario está tomando actualmente un medicamento de marca, se le proporcionará un surtido de transición del medicamento de marca con un cambio en el formulario para que el beneficiario tenga tiempo suficiente para trabajar con la persona que le da sus recetas y obtener un cambio adecuado a un medicamento terapéuticamente equivalente o la finalización de una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica.
    - ii. Sustitución inmediata por un medicamento genérico: en caso de que se presente un nuevo medicamento genérico, el PBM delegado, en nombre del patrocinador del formulario modelo delegado, evaluará si el medicamento genérico se añadirá inmediatamente al formulario y si el medicamento de marca pasará a tener un estado fuera del formulario que no sea TF elegible.
  - b. Los beneficiarios con una reclamación actual por un medicamento que requiera un límite de cantidad inferior al límite de cantidad de la dosis histórica del beneficiario serán elegibles para el procesamiento del TF.
4. Existen sistemas capaces de proporcionar suministros de transición en el POS. Las farmacias no están obligadas a presentar ni volver a presentar un PAMC u otros códigos específicos de TF para que se adjudique una reclamación elegible para TF.
  - a. Notificación al proveedor farmacéutico del POS
    - i. Se notifica a las farmacias en el POS que las reclamaciones se pagaron según las normas del TF, con el fin de ayudar a las farmacias a discutir los siguientes pasos con los beneficiarios.
    - ii. La información y las comunicaciones sobre el procesamiento de TF se envían a todas las farmacias de la red. La información y las comunicaciones sobre el procesamiento de TF incluyen, entre otras cosas: el manual del proveedor de farmacia y todas las actualizaciones relacionadas y el documento de información/recordatorios de la Parte D de Medicare que se envía anualmente a las farmacias de la red antes del comienzo de cada nuevo año contractual.

- iii. El PBM delegado del servicio de asistencia farmacéutica (PHD): las farmacias que se ponen en contacto con el PHD son informadas verbalmente de la disponibilidad de TF del beneficiario, el proceso y los derechos para solicitar la autorización previa o la excepción, y cómo presentar una solicitud automatizada de TF.
- iv. Pago automático de reclamaciones elegibles para TF  
 Cuando las reclamaciones presentadas son elegibles para el pago según las normas de TF, la lógica del sistema de adjudicación de RxClaim aplica el PAMC 22223333444 de TF a la reclamación, la etiqueta como TF pagada y devuelve el siguiente mensaje sobre las reclamaciones de TF pagadas. Las farmacias no están obligadas a presentar ni volver a presentar un PAMC u otros códigos específicos de TF para que se adjudique una reclamación elegible para TF. Los códigos relacionados con TF y los mensajes devueltos a las farmacias sobre las reclamaciones TF pagadas cumplen con las normas actuales de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP. De acuerdo con estas normas, el mensaje "Pagado bajo surtido de transición" se aplica después de los mensajes de ADDINS (seguro adicional) y del mensaje de ahorro de marca/genérico, cuando estos sean aplicables. De lo contrario, el mensaje "Pagado bajo surtido de transición" se devuelve como primer mensaje en las reclamaciones TF pagadas. Las reclamaciones no elegibles para TF se rechazan y no se pagan según las normas de TF.

"Pagado bajo surtido de transición. No incluido en el formulario".
"Pagado bajo surtido de transición. Se requiere PA".
"Pagado bajo surtido de transición. Otro rechazo". (Nota: esto incluye los requisitos de escalonadas, de QvT, de dosis diaria y de edad).

Además de los mensajes del POS mencionados anteriormente, y de acuerdo con las normas actuales de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP, los siguientes códigos de mensajes de aprobación también se devuelven en las reclamaciones pagadas por el TF.

**CÓDIGOS DE MENSAJES APROBADOS DE TF**

<b>Código de mensaje aprobado</b>	<b>Condición de TF</b>
005	La reclamación de TF se paga durante el periodo de transición, pero requería una autorización previa.
006	La reclamación de TF se paga durante el periodo de transición y se consideró fuera del formulario.
007	La reclamación de TF se paga durante el periodo de transición debido a cualquier otra circunstancia.
009	La reclamación TF se paga en un escenario de surtido de emergencia, pero requería una autorización previa.

010	La reclamación de TF se paga en un escenario de surtido de emergencia y se consideró fuera del formulario.
011	La reclamación de TF se paga en un escenario de surtido de emergencia debido a cualquier otra circunstancia.
013	La reclamación de TF se paga en un escenario de cambio en el nivel de atención, pero requería una autorización previa.
014	La reclamación de TF se paga en un escenario de cambio en el nivel de atención y se consideró fuera del formulario.
015	La reclamación de TF se paga en un escenario de cambio en el nivel de atención debido a cualquier otra circunstancia.

- b. Existen condiciones en las que puede ser necesario que el patrocinador del plan o el PBM delegado del servicio de asistencia farmacéutica o atención al cliente introduzcan una anulación manual de TF. Estas situaciones incluyen, entre otras, las siguientes:
- i. El beneficiario que no recibe LTC se traslada de un centro de tratamiento a otro, si no se identifica automáticamente a través del proceso de adjudicación.
  - ii. El beneficiario solicitó una excepción y la decisión está pendiente al momento en que expira el periodo de TF, o cuando se agotó el suministro diario acumulativo de TF.
  - iii. Se necesita TF para aumentar la dosis.
- c. Cuando se introduce manualmente el PAMC de TF, estas anulaciones de TF se adjudican y etiquetan mediante los mismos procesos que los TF del POS automatizados. Se envía el mismo mensaje "Pagado bajo surtido de transición..." a las farmacias en las anulaciones manuales de TF, tal y como se envía en las reclamaciones de TF pagadas automáticamente. Se generan cartas de TF y se envían al beneficiario para las anulaciones manuales de TF, al igual que las anulaciones de POS.

5. Suministro diario de TF y parámetros del periodo de tiempo (y suministro diario de LTC para la declaración 7)

a.

Descripción	Suministro diario de TF
Beneficiarios nuevos y renovados	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores en función del diseño de los beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.</li> <li>• Sin LTC: suministro mensual acumulativo aplicable dentro de los primeros 90 días del plan; se permiten múltiples surtidos hasta un suministro mensual acumulativo aplicable para permitir surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.</li> <li>• LTC: suministro mensual acumulativo aplicable durante los primeros 90 días del plan; los medicamentos sólidos orales</li> </ul>

	de marca están limitados a un suministro de 14 días, con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36; se permiten múltiples surtidos para un suministro mensual acumulativo aplicable a fin de permitir surtidos por cantidades inferiores a las recetadas/los primeros 90 días.
<b>Cambio en el nivel de atención de residentes sin LTC</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiario dado de alta de un centro de LTC en los últimos 30 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos límites del plan cuantitativo pueden ser mayores en función del diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad recetada.</li> <li>• Sin LTC: suministro mensual acumulativo aplicable; se permiten múltiples surtidos hasta un suministro mensual acumulativo aplicable para permitir surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.</li> <li>• TF disponible en el POS si se identifica mediante adjudicación, de lo contrario, mediante anulación manual a través del servicio de asistencia farmacéutica, según cada caso.</li> </ul>
<b>Extensión del TF nueva y renovada</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiarios nuevos o existentes</li> <li>• Cuando se exceden los parámetros estándar de suministro diario o de periodo de tiempo de TF.</li> <li>• Cuando se alcanzaron los parámetros de TF y el beneficiario aún está pendiente de una decisión sobre una solicitud de excepción o determinación de cobertura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos límites del plan estarán restringidos por la cantidad recetada.</li> <li>• Sin LTC: mediante anulación manual, adicional según sea necesario, siempre y cuando la decisión sobre la excepción o la determinación de la cobertura esté pendiente.</li> <li>• LTC: mediante anulación manual, adicional según sea necesario, siempre y cuando la decisión sobre la excepción o la determinación de la cobertura esté pendiente.</li> </ul>

b. Cambio en el nivel de atención de residentes sin LTC

- i. Para los residentes que no reciben LTC, se puede proporcionar automáticamente un suministro de transición en el POS, si el proceso de adjudicación indica un cambio en el nivel de atención de LTC a sin LTC y la reclamación se rechaza por resurtido demasiado pronto (R79) o DUR (R88). De lo contrario, la farmacia puede llamar al PBM delegado del servicio de asistencia farmacéutica para obtener una autorización especial para presentar una solicitud de surtido de transición del nivel de atención.
- ii. El proceso de adjudicación indica un cambio en el nivel de atención de LTC a sin LTC si el medicamento presentado coincide con una reclamación en los últimos 120 días

del historial en GPI 14 con un código de ubicación del paciente que indica LTC. Los residentes sin LTC tienen derecho a un suministro mensual acumulativo aplicable (o superior, según el diseño de los beneficios); se permiten múltiples surtidos hasta un suministro mensual acumulativo aplicable para permitir surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.

6. El sistema de adjudicación garantiza que el costo compartido aplicado al TF para los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos (LIS) nunca supere los montos máximos de copago establecidos por ley; y para los que no son beneficiarios del LIS, el costo compartido se basa en uno de los niveles de costo compartido aprobados por el plan y es coherente con el que se cobra por los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados en virtud de una excepción de cobertura. El suministro de transición no incluido en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría a una excepción no incluida en el formulario, y el suministro de transición para medicamentos incluidos en el formulario con una modificación de la UM recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de la UM.
7. Procesamiento para entornos de LTC
  - a. Red de farmacias y códigos de residencia de pacientes

Los parámetros de TF pueden variar según el nivel de la red (o la lista de redes) mediante el uso de listas de redes o farmacias. Por lo tanto, se pueden adaptar diferentes suministros diarios de TF para proveedores minoristas, de correo, de LTC o de infusión en el hogar. Los códigos de tipo de servicio de farmacia y de residencia del paciente que figuran en las reclamaciones presentadas se utilizan para identificar la reclamación como sin LTC o con LTC a efectos de reembolso y suministro diario de TF permitidos.

    - i. Los valores definidos como LTC por el PBM delegado en las operaciones de la red de farmacias se cruzan internamente durante la adjudicación de RxClaim con el valor del sistema heredado "Código de ubicación del paciente" (PLC) 03.
  - b. Se permiten límites de suministro diario acumulativos de LTC de TF para las reclamaciones que cumplan los requisitos presentadas con el PLC que designen LTC.
  - c. El suministro de emergencia (ES) de LTC se permite después de que se agoten, se superen o caduquen los parámetros de suministro de transición para los beneficiarios nuevos y renovados, y aún esté pendiente una determinación de cobertura o una excepción. La política de transición del ES de LTC prevé un suministro acumulativo de 31 días, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a un suministro de 14 días, con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36.
  - d. El cambio de nivel de atención de LTC de TF y el suministro de emergencia de LTC se automatizan en función de las normas específicas de presentación de reclamaciones del POS. Se instruye a las farmacias sobre cómo presentar correctamente las reclamaciones que cumplen los requisitos a través de actualizaciones del manual del proveedor y comunicaciones continuas de la red, de modo que estas reclamaciones se procesen correctamente como TF en las condiciones de LTC de TF aplicables.

CAMBIO EN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA DE LTC

Descripción	Suministro diario de TF
<p>Cambios en el nivel de atención (LOC) de LTC El beneficiario reside en un centro de LTC y es un paciente nuevo ingresado.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficiario ingresado en un centro de LTC en los últimos 30 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estos límites del plan cuantitativo pueden ser mayores en función del diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad recetada.</li> <li>Suministro mensual acumulativo aplicable, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a un suministro de 14 días, con las excepciones que exige la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36;</li> </ul> <p>En el POS, se presenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Código de aclaración de presentación 420-DK Valor "18".</li> <li>Código de ubicación del paciente identificado como LTC.</li> <li>Se pueden obtener surtidos adicionales según sea necesario mediante anulaciones de TF manuales a través del servicio de asistencia farmacéutica.</li> <li>Se permiten múltiples surtidos para adaptarse a los cambios de LOC.</li> <li>Se permite el TF para el LOC de LTC por día natural, por beneficiario, por medicamento, por farmacia y por plan, un suministro diario acumulativo dentro del beneficio de LOC de LTC definido.</li> <li>Los beneficiarios nuevos y renovados deben haber agotado o excedido los suministros diarios de TF, o haber expirado el periodo de TF.</li> <li>Para las reclamaciones de LTC, cuando se aplica el SCC 18 al lado primario de una única transacción de coordinación de reclamaciones de beneficios para anular el surtido demasiado pronto (RTS) (R79, R88), esa misma anulación para RTS (R79, R88) también se aplicará al lado secundario de la transacción.</li> <li>Si se activa el beneficio de LOC de LTC y se paga, se toma en cuenta para el beneficio de LOC de LTC. Los beneficios</li> </ul>

	<p>restantes de TF, sean o no de LTC, seguirán estando disponibles a través del periodo de TF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si los suministros diarios de la reclamación de LOC de LTC entrante superan el beneficio máximo de LOC de LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificarle los beneficios restantes de TF, sean o no de LTC, disponibles a través del periodo de TF.</li> </ul>
<p><b>Suministro de emergencia de LTC</b> El beneficiario reside en un centro de LTC</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de emergencia (ES) de LTC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos suministros pueden ser mayores según el diseño de los beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.</li> <li>• Suministro acumulativo de 31 días, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a un suministro de 14 días, con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36.</li> </ul> <p>En el POS, se presenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de aclaración de presentación 420-DK Valor "7".</li> <li>• Código de ubicación del paciente identificado como LTC.</li> <li>• El ES automatizado de TF en el POS está configurado para permitir un ES cada 30 días consecutivos, limitado a un solo ES por estadía en LTC. La lógica de adjudicación se remonta 30 días a partir del día siguiente a la fecha de surtido.</li> <li>• El ES de LTC se permite por día natural, por beneficiario, por medicamento, por farmacia y por plan, como suministro diario acumulativo durante un mes consecutivo.</li> <li>• Los beneficiarios nuevos y renovados deben haber agotado o superado el suministro diario de TF, o haber expirado el periodo de TF, y mientras haya una excepción o una autorización previa pendiente.</li> <li>• Si se activa el beneficio del ES de LTC y se paga, se toman en cuenta para el beneficio del ES de LTC. Los beneficios restantes de TF, sean o no de LTC, seguirán estando</li> </ul>



	<p>disponibles a través del periodo de TF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si los suministros diarios de la reclamación de ES de LTC entrante superan el beneficio máximo de ES de LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificarle los beneficios de TF restantes, sean LTC o no, disponibles a través del periodo de TF.</li> </ul>
--	---

- e. Cambio en el nivel de atención de LTC para los beneficiarios que ingresan o son dados de alta de un centro de LTC: las modificaciones de resurtido anticipado no se utilizan para limitar el acceso adecuado y necesario a sus beneficios de la Parte D, y dichos beneficiarios tienen derecho a un resurtido al momento del ingreso o del alta.

**CAMBIO EN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA DE LTC  
ANULACIONES DE RESURTIDO DEMASIADO PRONTO (RTS) Y DE REVISIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS (DUR)**

Descripción	Modificación	Código de rechazo	Punto de venta	Anulación manual disponible
Cambios en el nivel de atención de LTC	RTS/Opción del plan 15	79	Y	Y (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación TF)
Suministro de emergencia de LTC	RTS/Opción del plan 15	79	N	Y (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación TF)
Cambios en el nivel de atención de LTC	DUR – Opción del plan 30	88	Y	Y (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación TF)
Suministro de emergencia de LTC	DUR – Opción del plan 30	88	N	Y (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación TF)

8. Modificaciones de surtido de transición

a. **Las modificaciones de anulación no se aplican durante el TF**

Las anulaciones de TF no se aplican en el POS ni de forma manual a medicamentos con límites de dosis basados en la dosis máxima aprobada por la FDA; a medicamentos de tipo A o B frente a medicamentos de tipo D que requieren una determinación de cobertura antes de aplicar los beneficios de TF; ni a medicamentos no cubiertos por los beneficios del programa de la Parte D de los CMS, lo que incluye medicamentos que requieren una indicación médicamente aceptada.

i. **Resurtido demasiado pronto (RTS)**

La lógica automatizada del sistema de TF para beneficiarios nuevos y renovados no permite anular las modificaciones del RTS (excepto en el caso de cambios en el nivel de atención de LTC). En su lugar, se devuelve el código de rechazo 79 (RTS) a las farmacias cuando las reclamaciones enviadas alcanzan esta modificación.

ii. **Modificaciones de seguridad de la DUR**

La lógica automatizada del sistema de TF para beneficiarios nuevos y renovados no permite anular las modificaciones de seguridad de la DUR que están configuradas para rechazar en el punto de venta. En su lugar, se devuelve el rechazo 88 (DUR) a las farmacias con las instrucciones adecuadas cuando las reclamaciones presentadas se ven afectadas por esta modificación.

iii. **Medicamentos solo de la Parte A o de la Parte B**

La lógica de adjudicación automatizada de TF no se aplica a reclamaciones de medicamentos únicamente de la Parte A o la Parte B. Todos los medicamentos de las Partes A o B están excluidos de los procesos de TF y del pago conforme a las normas de TF, y están marcados con un estado “N” en el campo “Med D” dentro de la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Los medicamentos exclusivamente de la Parte A o la Parte B se rechazan utilizando los códigos de rechazo apropiados y los mensajes estructurados conforme a los estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicación del NCPDP.

iv. **Parte A o Parte B vs. Parte D (A o B vs. D)**

Los medicamentos de la Parte A o la Parte B vs. la Parte D no reciben un TF de la Parte D para determinar la cobertura adecuada de la Parte A o de la Parte B vs. la Parte D. Se requiere una determinación para identificar la cobertura correcta del medicamento. Los medicamentos de la Parte A o la Parte B vs. la Parte D se rechazan utilizando los códigos de rechazo apropiados y los mensajes estructurados conforme a los estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicación del NCPDP. Se informa al beneficiario, a la persona que da las recetas o a la farmacia que llamen al PBM delegado para que realice una revisión clínica y determine la cobertura aplicable. En el sistema de adjudicación RxClaim, los medicamentos de la Parte A o la Parte B vs. la Parte D están configurados con un identificador en la tabla de autorización previa de RxClaim. Este identificador indica que un medicamento se clasifica como de la Parte A o la Parte B vs. la Parte D. Las reclamaciones de medicamentos de la Parte A o la Parte B vs. la Parte D se rechazan con los siguientes códigos y mensajes: A3 (este producto puede estar cubierto bajo cuidados paliativos – Parte A de Medicare); A4 (este producto puede estar cubierto bajo el pago agrupado de Medicare a centros de diálisis ESRD); A5 (no cubierto bajo la Ley de la Parte D); A6 (este producto/servicio puede estar cubierto bajo la Parte B de Medicare). En los mensajes de rechazo de estas reclamaciones de medicamentos, se proporcionan números de teléfono del plan para ayudar a ponerse en contacto con el plan y obtener una determinación si es necesario. Si las determinaciones de Parte A o la Parte B vs. la Parte D se delegan al PBM, se realizará una determinación para establecer la cobertura correcta. Si un medicamento del formulario está cubierto por la Parte D, se ingresa una PA en el sistema RxClaim para permitir que la reclamación se pague bajo la cobertura de la Parte D del beneficiario, siempre que sea elegible según la cobertura estándar de Parte D. Si un medicamento no está incluido en el formulario pero está cubierto bajo la Parte D, se evalúa la reclamación para determinar si es elegible para un surtido de transición. Si la reclamación es elegible, se proporciona el TF y el beneficiario recibe el aviso de TF correspondiente.

v. **Medicamentos excluidos: no cubiertos por los CMS bajo los beneficios del programa de la Parte D**

Los CMS requieren que ciertos medicamentos sean revisados para determinar su estatus bajo la Parte D. Estos medicamentos deben tener una indicación médicamente aceptada basada en la etiqueta aprobada por la FDA o en los compendios aprobados por los CMS para determinar si son elegibles para la cobertura bajo la Parte D. Los beneficiarios pueden solicitar una excepción al formulario para estos medicamentos. Los medicamentos solo se aprobarán para beneficiarios que proporcionen un diagnóstico que demuestre que el medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. Los beneficiarios cuya solicitud de determinación de cobertura (autorización previa o excepción al formulario) sea denegada recibirán una carta de denegación que indica que el medicamento no es de la Parte D. Estos beneficiarios tendrán derecho a apelar la decisión. Si se determina que el medicamento es para una indicación médicamente aceptada y, por lo tanto, es un medicamento de la Parte D, pero no se cumplen los criterios adicionales de gestión de la utilización, se revisa la reclamación para determinar su elegibilidad para el TF y se ingresa una PA si corresponde.

Los medicamentos excluidos pueden ser rechazados por las siguientes razones:

1. Los medicamentos del formulario se rechazarán por falta de autorización previa (PA) necesaria (R75).
2. Los medicamentos fuera del formulario se rechazarán como no incluidos en el formulario (R70).

b. **Modificaciones elegibles de TF**

Los suministros diarios y los parámetros de tiempo de TF se aplican a las reclamaciones presentadas para:

- Medicamentos no incluidos en el formulario
- Medicamentos del formulario con autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad (cantidad vs. tiempo o dosis diaria máxima), o modificaciones por edad. La lógica de TF puede aplicarse o no, de acuerdo con el diseño del beneficio del patrocinador, en situaciones donde existe una dosis máxima aprobada por la FDA, que no debe superarse por razones de seguridad. El siguiente es el orden de procesamiento para medicamentos a los que se aplican estas ediciones: terapia escalonada, autorización previa, límites de cantidad (incluyendo dosis diaria) y edad.

Los tipos únicos de condiciones de surtido de transición se enumeran a continuación.

i. **Fuera del formulario (NF, por sus siglas en inglés)**

Medicamentos que no están cubiertos en un formulario cerrado. La anulación de TF para medicamentos NF sustituye el código de rechazo 70 para el NDC no cubierto (rechazo del plan 70). Código nacional de medicamento (NDC).

ii. **Autorización previa (PA)**

Medicamentos que están incluidos en el formulario, pero requieren autorización previa. La anulación de TF para medicamentos con PA sustituye el código de rechazo 75 para autorización previa.

iii. **Terapia escalonada**

Los medicamentos del formulario que son rechazados por no cumplir con los requisitos de terapia escalonada pueden ser elegibles para TF. El procesamiento de

TF permite que el rechazo por terapia escalonada sea anulado y que la reclamación se procese a través de la lógica del programa de terapia escalonada y se registre en el historial de manera adecuada. Es posible que se genere un aviso de surtido de transición de terapia escalonada para esta modificación.

En algunos casos de medicamentos con modificaciones de terapia escalonada donde el beneficiario obtiene un TF ("exento" o Tipo 2 de ST-PA, lo que significa que se presentó a los CMS solo como paso para nuevos tratamientos), el TF en sí satisface los requisitos de la terapia escalonada para ese medicamento. Esto significa que el beneficiario ya cumplió con los requisitos y podrá seguir obteniendo surtidos futuros de ese medicamento sin que se produzca ningún rechazo. En estos casos, no se envían cartas del TF por terapia escalonada ni al beneficiario ni a la persona que da las recetas. La anulación del TF sustituye el código de rechazo 608 cuando se requiere terapia alternativa basada en la configuración del beneficio del plan.

iv. **Límite de cantidad (QL, por sus siglas en inglés)**

Cantidad vs. Tiempo (QvT, por sus siglas en inglés) o dosis diaria (DD, por sus siglas en inglés) máxima

Los límites de cantidad de medicamentos se utilizan para establecer las cantidades permitidas para la cobertura de determinados medicamentos hasta valores específicos durante un periodo de tiempo determinado. A efectos de TF, un límite de cantidad se considera un tipo de surtido de transición para medicamentos que requieren un suministro limitado de un medicamento que se dispensa en función de los suministros diarios o la cantidad permitida a lo largo del tiempo o las dosis máximas por día.

1. Los medicamentos que, de otro modo, serían rechazados por límites de cantidad cuando se solicitan en cantidades superiores a las permitidas, pueden ser objeto de un proceso de surtido de transición durante el periodo de transición. La lógica del sistema de TF permite que el rechazo por límite de cantidad sea anulado y que la reclamación se procese a través de la lógica del programa de TF y se registre en el historial de manera adecuada. Si una reclamación no es elegible para la anulación de TF y se rechaza por límites de cantidad (es decir, se agotaron los suministros diarios de TF o expiró el periodo de tiempo de TF), continuará rechazándose de acuerdo con los parámetros de límite de cantidad utilizando el rechazo 76. El TF anula las modificaciones de "cantidad a lo largo del tiempo" que se configuran para contabilizar el historial de surtidos continuos a lo largo de los años contractuales (configuración de tipo D de "cantidad hasta la fecha") o para contabilizar el historial de surtidos a partir del 1.º de enero de cada año contractual. La anulación de TF por QL/QvT sustituye el código de rechazo 76.
2. Además de TF para QL/QvT, TF está disponible para modificaciones de medicamentos de DD. Las modificaciones de DD y de QL/QvT son mutuamente excluyentes. Si ambas se configuraran al mismo tiempo en el mismo plan, el TF para las modificaciones de QL/QvT tiene prioridad sobre el TF de DD. El TF de DD anula el rechazo 76.
3. Para el TF de QvT y las limitaciones del plan, una configuración de QvT en el NDC (Plan Opción 10) o GPI (Plan Opción 11) anulará las limitaciones del plan

configuradas en las opciones del plan 26.1 y 26.2, formulario preferido. Por lo tanto, cuando se permite el TF por razones de QvT, las limitaciones del plan en las opciones 26.1 y 26.2 también se anulan. Sin embargo, el suministro diario acumulado de TF no se anula una vez utilizado/agotado.

4. Para los cambios en el QL, el sistema revisará la edición del QL en el historial y la comparará con la edición del QL actual o activa. Si la edición del QL actual es menor que la edición del historial, la modificación del QL se anula y la reclamación se procesa mediante la lógica del programa de TF.

v. **Modificaciones por edad**

El TF está disponible para los medicamentos del formulario que se configuran con modificaciones por edad por razones de seguridad. El TF de la modificación por edad anula el rechazo 76.

vi. **Rechazo AG**

Un Rechazo AG es una denegación de reclamación debido a una limitación en el suministro diario. Las reclamaciones enviadas por más del suministro diario permitido restante de TF devuelven un código de rechazo "AG" y el mensaje "Vuelva a enviar por el suministro diario restante de XX", donde XX representa el número de días de suministro diario acumulativo de TF que aún están permitidos. El código de rechazo "AG" se devuelve como el código de rechazo principal, a menos que, según los estándares de reclamaciones por telecomunicación del NCPDP actuales, este rechazo deba seguir la mensajería de ADDINS (seguro adicional) o ahorros de marca/genéricos, cuando sean aplicables. Los rechazos AG se devuelven tanto en las reclamaciones iniciales sin historial previo de TF, como en las solicitudes posteriores cuando el suministro diario acumulativo de TF no se agotó con los TF pagados anteriormente. Cuando una farmacia reduce el suministro diario de la reclamación y la vuelve a enviar, las reclamaciones elegibles para TF se procesan conforme a las normas de TF.

vii. **Lógica de medicamentos preenvasados irrompibles**

Los medicamentos cuya presentación de fábrica no puede dividirse para surtir un medicamento recetado pueden considerarse medicamentos preenvasados irrompibles, para los cuales puede dispensarse el suministro diario correspondiente al medicamento preenvasado. El propósito de esta lógica es garantizar que el beneficiario reciba la totalidad de su suministro diario (DS, por sus siglas en inglés) de TF, aunque dicho DS exceda el beneficio máximo, debido al tipo de empaque del medicamento. Esta lógica se aplicará si el DS acumulativo del medicamento preenvasado es menor que el beneficio requerido antes del surtido actual. Si el DS acumulativo del medicamento preenvasado, incluida la cantidad del surtido actual, excede el beneficio máximo y es menor o igual a la cantidad de un solo envase del medicamento, el TF aprobará el pago. Si el DS acumulativo del medicamento preenvasado, incluida la cantidad del surtido actual, excede el beneficio máximo y la cantidad del surtido actual excede la cantidad de un solo envase del medicamento, la farmacia recibirá un mensaje para volver a enviar la reclamación por un solo envase del medicamento. La reclamación conservará la mensajería y los rechazos asociados con el procesamiento.

### viii. Nivel de beneficiario/Autorizaciones previas (PA) clínicas

Las autorizaciones previas clínicas a nivel de beneficiario se ingresarán para anular todas las modificaciones elegibles para el TF. De lo contrario, se permitirá un TF para cualquier edición elegible para TF para la cual no se haya ingresado una PA. Cuando ya existe una PA clínica/de beneficiario en el registro del beneficiario para anular todas las modificaciones elegibles para el TF, el procesamiento de TF no es aplicable. En esta condición, las reclamaciones no se procesan como TF y no se envían cartas de TF a los beneficiarios.

### c. Procesado sin TF

#### i. Lógica de medicamentos de clase protegida (PCD, por sus siglas en inglés)

La lógica de PCD pagará la reclamación sin aplicar el TF, de acuerdo con los criterios del plan. El procesamiento de TF se aplicará a cualquier modificación elegible para el TF que la lógica de PCD no haya anulado.

#### ii. Lógica de medicamentos Tipo 2 ST-PA

Las modificaciones de medicamentos Tipo 2 ST-PA son ediciones enviadas a los CMS como pasos terapéuticos solo para inicios nuevos de tratamiento. La lógica de adjudicación del PBM delegado utiliza un periodo retrospectivo mínimo de 108 días para determinar los nuevos inicios de tratamiento. La lógica de medicamentos Tipo 2 ST-PA pagará la reclamación sin aplicar la lógica de TF, de acuerdo con los criterios del plan. El procesamiento de TF se aplicará a cualquier modificación elegible para el TF que la lógica Tipo 2 ST-PA no haya anulado.

### 9. Historial de reclamaciones de TF

Todo el historial de un medicamento durante el periodo de transición se contabiliza, sin importar la farmacia o la red de dispensación. Las reclamaciones POS, ingresadas manualmente y las enviadas por el beneficiario en papel, correspondientes a las redes de venta minorista, correo, cuidados a largo plazo e infusión en el hogar, se contabilizan en conjunto para determinar el total acumulativo del suministro diario de un medicamento. Los límites del suministro diario de TF se definen como suministros acumulativos basados en los requisitos de suministro diario de la Parte D, a fin de garantizar que los resurtidos de los medicamentos elegibles para TF estén disponibles cuando TF se dispense por una cantidad menor a la recetada, debido a los límites de cantidad por motivos de seguridad o a las ediciones basadas en el etiquetado aprobado del producto. El sistema contabiliza automáticamente las reclamaciones de TF relacionadas previas, para permitir que se apliquen correctamente los parámetros de acumulación del suministro diario de TF.

### 10. Si no puede hacerse una distinción en el POS entre una receta completamente nueva para un medicamento no incluido en el formulario y una receta en curso para un medicamento no incluido en el formulario, el proceso de transición se aplica a la receta completamente nueva para dicho medicamento.

- a. Se consideran beneficiarios nuevos en el plan aquellos que: Ingresan al plan al inicio del año contractual; son beneficiarios recién elegibles provenientes de otra cobertura; o beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio del año contractual.
- b. Los surtidos de transición están disponibles en el POS mediante el procesamiento de transición durante el periodo de TF.

- c. Se dispone de suministros de transición adicionales, según cada caso, a través del servicio de asistencia farmacéutica, para garantizar una transición adecuada.
  - d. Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores en función del diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad recetada.
11. El patrocinador del plan utiliza el PBM delegado para cumplir con el envío de los avisos de TF. Las cartas de TF se envían a los beneficiarios dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación de la reclamación TF. Además, se realizan esfuerzos razonables y de buena fe para identificar la dirección o información de contacto actual de la persona que da las recetas y proporcionarle un aviso de TF con el fin de facilitar la transición de los beneficiarios. Para los residentes de LTC que reciben varios suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, según lo exige la orientación de los CMS, el aviso escrito se proporcionará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la adjudicación únicamente del *primer* surtido temporal. Las cartas de TF se generan a partir de la reclamación TF y de las etiquetas de cartas, que se extraen al archivo diario de cartas de TF.
- a. Indicadores de reclamación y etiquetas de carta de TF basados en modificaciones elegibles para TF
    - i. Etiqueta de reclamación de TF: Es la etiqueta del sistema de adjudicación aplicada a la reclamación cuando se adjudica bajo las normas del sistema de TF. Esta etiqueta representa el motivo por el cual la reclamación se pagó mediante los procesos de TF y qué modificaciones fueron anuladas por el TF, en lugar de ser rechazadas, como ocurriría si el TF no estuviera disponible. Estas etiquetas pueden representar un solo motivo de TF (por ejemplo: no incluido en el formulario, PA, terapia escalonada o límite de cantidad) o una combinación de motivos de TF (por ejemplo: PA con límite de cantidad; no incluido en el formulario con límite de cantidad, etc.).
    - ii. Etiqueta de carta de TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del texto de la carta de TF que se enviará al beneficiario y a la persona que da las recetas.
    - iii. Etiqueta combinada de TF: esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del texto de la carta de TF que se enviará al beneficiario y a la persona que da las recetas en los casos en que los patrocinadores opten por imprimir un párrafo para cada modificación que fue anulada por el TF.
  - b. Archivo diario de cartas de TF
    - i. Las reclamaciones de TF pagadas se extraen automáticamente a un archivo diario de reclamaciones de TF. Por cada reclamación de TF pagada, existe un registro correspondiente en el archivo diario de cartas de TF correlacionado, o bien, el registro se captura en el archivo interno diario de excepciones con la razón por la cual el registro no se incluye en el archivo de cartas de TF (por ejemplo: ajustes internos).
    - ii. El contenido del archivo de cartas de TF se utiliza para generar las cartas correspondientes de TF tanto para los beneficiarios como para las personas que dan las recetas.
    - iii. Las comunicaciones de surtidos de transición dirigidas a los beneficiarios se proporcionan en otros idiomas (cuando se alcanza el umbral del 5 % establecido por los CMS) según lo haya identificado el patrocinador en las presentaciones de

implementación de TF y también según la preferencia de idioma de elegibilidad del beneficiario.

12. El patrocinador pone a disposición los formularios de solicitud de autorización previa y de excepciones, previa solicitud, para los beneficiarios, personas que dan las recetas, farmacias y otras partes interesadas, por diversos medios, incluidos correo postal, fax, correo electrónico y a través del sitio web del plan.
13. El proceso de transición del PBM delegado para nuevos beneficiarios se aplica desde la fecha de inscripción hasta el periodo de TF. La fecha de inscripción no tiene que coincidir con el inicio del año contractual, y el proceso de transición puede extenderse a través de varios años contractuales cuando el periodo de TF se prolongue entre ellos.
14. [Se dejó en blanco intencionadamente para mantener una numeración uniforme entre las secciones].
15. Las extensiones de TF están disponibles para beneficiarios nuevos o existentes, tanto sin LTC como con LTC, a través del PHD o del centro de contacto (CC, por sus siglas en inglés). La solicitud se revisa conforme a los siguientes criterios y se procesa de acuerdo con las instrucciones del patrocinador:
  - a. Cuando se exceden los parámetros estándar de suministro diario o de periodo de tiempo de TF.
  - b. Cuando se alcanzaron los parámetros de TF y el beneficiario aún está pendiente de una decisión sobre una solicitud de excepción o determinación de cobertura.
16. Transición para beneficiarios actuales
  - a. Los beneficiarios que renuevan deben tener un historial de uso de los medicamentos no incluidos en el formulario que hayan experimentado un cambio negativo en el formulario de un año a otro. El historial de uso requiere cumplir con los siguientes criterios:
    - i. Revisión del historial de 180 días a partir de la fecha actual del surtido, para identificar la reclamación más reciente que califique.
    - ii. Revisión del historial con coincidencia de medicamento por nivel GPI-10.
    - iii. Reclamaciones anteriores del mismo medicamento.
      1. Las reclamaciones entrantes de los beneficiarios dentro de su ventana de transición de renovación serán evaluadas para determinar si el medicamento solicitado fue afectado por un cambio negativo en el formulario.
      2. Los cambios negativos en el formulario se evalúan mediante un proceso de adjudicación que compara las ediciones actuales del formulario para el medicamento solicitado con las ediciones históricas del formulario implementadas anteriormente para dicho medicamento.
      3. La evaluación de los cambios negativos en el formulario se realizará durante la adjudicación en el POS.
    - iv. Las autorizaciones previas clínicas del beneficiario aún no se efectúan.
    - v. En los casos en que el beneficiario reciba un surtido de transición parcial, la lógica garantizará que los suministros diarios restantes del beneficiario que renueva sean elegibles para surtido de transición durante el periodo de TF.
  - b. Los siguientes procesos son opciones que los patrocinadores pueden solicitar al PBM delegado implementar para beneficiarios que renuevan:
    - i. Utilizar el ANOC como aviso anticipado de cualquier cambio en el formulario.



- ii. Trabajar de manera prospectiva para educar y asistir en la transición a los beneficiarios actuales que usan medicamentos que dejarán de estar incluidos en el formulario en el nuevo año contractual, o que requerirán autorización previa, terapia escalonada o ediciones de manejo de utilización por límite de cantidad en el nuevo año contractual.
  - iii. Fomentar la tramitación de excepciones al formulario o autorizaciones previas antes del 1.º de enero del nuevo año contractual.
  - iv. De acuerdo con el surtido de transición proporcionado a los nuevos beneficiarios, el PBM delegado proporciona surtidos de transición a los beneficiarios que renuevan durante los primeros 90 días del año contractual con un historial de utilización de medicamentos afectados cuando dichos beneficiarios no hayan sido transferidos a un medicamento terapéuticamente equivalente del formulario; o para los cuales no se hayan procesado excepciones al formulario/autorizaciones previas antes del nuevo año contractual. Esto aplica a todos los beneficiarios que renuevan, incluidos aquellos que residen en centros de cuidados a largo plazo.
  - c. Se instruye al servicio de asistencia farmacéutica del PBM delegado para que proporcione suministros de transición, conforme al diseño del plan del patrocinador, a los beneficiarios que renuevan y que estaban en tratamiento con medicamentos no incluidos en el formulario durante el año contractual anterior. Los servicios para miembros del patrocinador, al atender las llamadas de los miembros, pueden otorgar extensiones para atender a beneficiarios que continúan a la espera de la resolución de una autorización previa o solicitud de excepción pendientes.
17. El monitoreo del desempeño y la elaboración de informes del programa de TF incluyen la producción y revisión continua de los siguientes elementos:
- a. Extracto de reclamaciones de TF y reportes de control y excepciones  
Estos informes sirven como controles internos para el PBM delegado, con el fin de confirmar que todos los registros de reclamaciones de TF pagadas se extraen al archivo diario de extractos de TF, que se utiliza para generar las cartas de TF o para el archivo de excepciones.
  - b. Revisiones de control de calidad de impresión de cartas de TF  
Las revisiones de control de calidad de impresión de cartas de TF son utilizadas por el área de cumplimiento de impresión del PBM delegado para validar la calidad de impresión y la fiabilidad del proceso de combinación de correspondencia cuando se realizan cambios en las plantillas o en el proceso.
  - c. Archivo de respuesta de TF  
Este archivo es utilizado por el PBM delegado para confirmar que, por cada registro de TF válido recibido del sistema de adjudicación, existe una carta de TF correspondiente impresa/enviada por correo o distribuida por otro método aprobado.
  - d. Informes de tiempo de respuesta estimado (TAT, por sus siglas en inglés) de cartas de TF  
Estos informes registran los días transcurridos entre las reclamaciones de TF pagadas y la fecha en que se enviaron las cartas de TF a los beneficiarios. Se utilizan para supervisar el cumplimiento del requisito de enviar las cartas de TF a los beneficiarios dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación del TF.

- e. Archivo de reclamaciones de TF pagadas  
Este archivo respalda el monitoreo de los TF pagados para validar que las reclamaciones se hayan pagado correctamente conforme a las normas de TF y que se hayan aplicado las etiquetas de TF correctas durante la adjudicación.
- f. Archivo de reclamaciones rechazadas  
Los informes diarios de reclamaciones rechazadas se generan y revisan para supervisar dichas reclamaciones y validar que no debieron haberse pagado conforme a las normas del TF.
- g. Reclamaciones simuladas y de prueba de TF  
RxClaim mantiene la capacidad de procesar reclamaciones de TF simuladas a demanda para respaldar las pruebas de reclamaciones. Esto permite que el servicio de asistencia farmacéutica y los servicios de atención al cliente ejecuten reclamaciones con el fin de confirmar los costos asociados, copagos y la forma en que las reclamaciones “reales” se procesarían y pagarían bajo el TF. Las reclamaciones de TF simuladas "pagadas" devuelven los mismos mensajes estándar de TF pagado que se generan en las reclamaciones del POS.